

# När kirurgi blir en behandling för psykisk ohälsa

- En litteraturstudie om Plastikkirurgi och  
Body Dysmorphic Disorder

FÖRFATTARE                      Nellie Söderberg Gansmoe

Maria Wikströmer

PROGRAM/KURS                Sjuksköterskeprogrammet

OM5250 Examensarbete

VT 2014

OMFATTNING                 15 högskolepoäng

HANDLEDARE                 Harshida Patel

EXAMINATOR                 Ingela Henoch

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

## Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	När kirurgi blir en behandling för Psykisk ohälsa - En litteraturstudie om Plastikkirurgi och Body Dysmorphic Disorder
Titel (engelsk):	When surgery becomes a treatment for mental illness - A literature review about Cosmetic surgery and Body Dysmorphic Disorder
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp OM5250, Examensarbete
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	19 sidor
Författare:	Nellie Söderberg Gansmoe Maria Wikströmer
Handledare:	Harshida Patel
Examinator:	Ingela Henoch

---

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** En vanlig men inte så ofta uppmärksammas sjukdom, Body Dysmorphic Disorder (BDD), kan för den drabbade orsaka stort lidande och begränsningar i livet. En ohälsosam fixering vid en viss kroppsdel och dess upplevda defekt kan leda till överdrivna skönhetsrutiner eller rädsla för sociala sammanhang. Då personer som är drabbade av BDD upplever att en viss kroppsdel är defekt, finns dessa personer representerade på kliniker som genomför kosmetiska ingrepp. **Syfte:** Vi avser med denna litteraturstudie studera hur hälsan påverkas hos personer med BDD efter kosmetisk plastikkirurgi. **Metod:** Studien är baserad på 10 vetenskapliga artiklar som granskats, kvalitetsbedömts och analyserats utifrån Fribergs (2012) mall. **Resultat:** Bland dem som söker kosmetisk plastikkirurgi är psykisk ohälsa vanligt förekommande, såsom BDD men även annan psykisk problematik. Resultatet tyder också på att de som lider av BDD är benägna att söka kosmetisk plastikkirurgi vid upprepade tillfällen. Det har visat sig att kosmetisk kirurgi kan ha god effekt på personer som lider av mild till måttlig BDD. Dock genomsyras resultatet av negativa hälsoeffekter, exempelvis; postoperativt missnöje, självdestruktivt beteende, missnöje negativ fixering vid ny kroppsdel efter kosmetisk operation. **Slutsats:** Då det visat sig att kosmetisk plastikkirurgi kan leda till försämrad hälsa hos personer med BDD ses fördelar i att avråda dessa personer att genomgå kosmetiska ingrepp. Sjuksköterskan och övrig vårdpersonal bör arbeta för att upptäcka personer med BDD på de kliniker som genomför kosmetiska ingrepp samt skapa möjligheter för dessa att få kontakt med instanser som kan behandla psykisk ohälsa.

**Nyckelord:** Body Dysmorphic Disorder, Plastikkirurgi, Psykisk ohälsa, Samsjuklighet

# INNEHÅLL

Sid

<b>1. INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>2. BAKGRUND</b>	<b>1</b>
2.1 Dysmorfofobi - Body Dysmorphic Disorder .....	1
2.2 Kriterier för bedömning.....	2
2.3 Etiologi och behandling.....	2
2.4 Riskfaktorer .....	3
2.4.1 Massmediers påverkan av utseendeideal .....	3
2.5 Rekonstruerande och kosmetisk plastikkirurgi.....	3
<b>3. TEORETISK REFERENS RAM</b>	<b>4</b>
3.1 Hälsa .....	4
3.2 Sjuksköterskans ansvar .....	5
<b>4. PROBLEMFORMULERING</b>	<b>5</b>
<b>5. SYFTE</b>	<b>5</b>
<b>6. METOD</b>	<b>5</b>
6.1 Vald metod .....	5
6.2 Urval .....	6
6.3 Datainsamling.....	6
6.4 Dataanalys .....	6
6.5 Forskningsetiska överväganden.....	7
<b>7. RESULTAT</b>	<b>7</b>
7.1 Förekomst av BDD hos patienter som söker kosmetisk plastikkirurgi.....	7
7.2 Samsjuklighet och dess påverkan av hälsa hos personer med BDD som söker kosmetisk plastikkirurgi .....	8
7.3 Samband mellan psykisk ohälsa, BDD och genomförandet av flera kosmetiska ingrepp .....	8
7.4 Hur påverkar kosmetisk plastikkirurgi hälsan hos personer med BDD .....	8
7.4.1 Positiv påverkan av hälsa.....	8
7.4.2 Negativ påverkan av hälsa .....	9
<b>8. DISKUSSION</b>	<b>10</b>
8.1 Metoddiskussion.....	10
8.2 Resultatdiskussion .....	11
<b>9. SLUTSATS</b>	<b>14</b>
9.1 Klinisk tillämpning och fortsatt forskning.....	14
<b>10. REFERENSER</b>	<b>16</b>

## Bilagor

Bilaga 1 - Sökresultat

Bilaga 2 - Kvalitetsbedömning

Bilaga 3 - Artikelöversikt

# 1. Inledning

Utseende är i alla kulturer viktigt och har varit det så länge som människan levt ihop i grupp. Beroende på rådande ideal och mode väljer vi att visa upp oss på olika sätt och i olika kreationer. Människan har en tendens att vara missnöjd med sitt utseende, att sträva efter något vackrare eller mer fullbordat. Skönhet borde ligga i betraktarens öga, trots detta drabbas många människor idag av utseendekomplex eller en känsla av att inte räcka till. Media matar oss med "information" om hur en kropp bör se ut, samtidigt som sociala medier skapar möjlighet att ständigt jämföra sig med andra. Att slänga en blick i spegeln innan vi går ut eller halvhjärtat önska sig ett par fastare bröst må låta harmlöst. Dock drabbas en 1-2 procent av vår befolkning av Body Dysmorphic Disorder (BDD); en ohälsosam fixering vid sitt utseende samt missnöje med en eller flera kroppsdelar, som skapar stort lidande hos den drabbade. Denna psykiska sjukdom kan tvinga en person med normalt (ej avvikande) utseende att gå upp mitt i natten för att i timmar försöka göra sig tillräckligt fin för att våga gå utanför dörren och möta andra människor. I och med att personer som lider av BDD upplever ett starkt missnöje mot en eller flera kroppsdelar söker vi finna samband mellan denna patientgrupp och kosmetisk plastikkirurgi, då denna typ av kirurgi syftar till att korrigera en defekt som inte räknas som en medicinsk åkomma. Vårt intresse för kosmetisk plastikkirurgi grundar sig i att de som väljer (och betalar) för att genomgå ingrepp av estetisk karaktär är en patientgrupp som möter sjukvård och vårdspersonal i ett annorlunda sammanhang än vad vi stöter på under vår verksamhetsförlagda utbildning.

## 2. Bakgrund

### 2.1 Dysmorfofobi - Body Dysmorphic Disorder

Dysmorfofobi, eller Body Dysmorphic Disorder (BDD), är en vanlig sjukdom som tidigare klassades som en somatoform sjukdom men numera ses som en form av tvångssyndrom (Obsessive Compulsive Disorder - OCD) (American Psychiatric Association, 2013). Den svenska benämningen kan kritiseras, då det inte rör sig om en verklig fobi utan om en subjektiv, obefogad uppfattning om ett avvikande utseende (Ottosson, 2010), varför vi fortsättningsvis väljer att använda oss av den engelska benämningen. BDD drabbar ca. 1-2% av befolkningen, trots detta är sjukdomen relativt okänd för allmänheten (Ananke, 2008, Rief et. al., 2006). Personer som lider av BDD har en ohälsosam fixering vid sitt utseende och är missnöjda med en eller flera kroppsdelar. Defekten dessa personer anser sig ha kan vara inbillad eller mycket liten (Veale, Anson & Windheim, 2011). Det är vanligast att personer med BDD fokuserar på ansiktet, exempelvis näsan, ögonen, ögonlocken, munnen, käken eller hakan men fokuseringen kan läggas på vilken del av kroppen som helst (Veale, 2004a).

Sjukdomen orsakar lidande samt påverkar personens dagliga funktion (Veale, Anson & Windheim, 2011). Förekomsten är jämnt fördelad mellan kvinnor och män och i alla olika kulturer (Ananke, 2008). Sjukdomen börjar oftast i tonåren men ibland i tidigare åldrar. Trots att den oftast uppstår tidigt kan det dröja länge innan en diagnos sätts eller sjukdomen blir märkbar för andra människor. Oftast är den drabbade personen bra på att dölja sina besvär och kan lindra sina symtom tillfälligt genom att dölja de inbillade defekterna. Med smink, täckande kläder eller överdriven träning kan en person med BDD dölja sina fel för andra och fortfarande leva ett relativt normalt liv. När sjukdomen utvecklas, successivt eller plötslig, blir det svårare att dölja sjukdomen och den kroppsdel missnöjet riktas mot. Det sociala livet påverkas således. De som lider av BDD undviker gärna att prata om just den kroppsdel som fokus ligger på, och som oftast är specifik, ex. sned näsa, ojämna bröst eller liten mun. De

tar istället om det generella utseendet och missnöjet med detta (American Psychiatric Association, 2000).

BDD är en form av tvångssyndrom (Obsessive Compulsive Disorder - OCD) men det finns skillnader i symtombilden och de tvångsmässiga handlingar som medföljer. BDD räknas som en sub-typ av OCD (David, Gleaves & Ambwani, 2008). En person som lider av BDD kan vara fixerad vid att se sig själv i spegeln eller ständigt fråga personer i sin närhet om utseendet, medan andra personer med samma sjukdom helt undviker sin spegelbild eller sociala situationer (Veale & Riley, 2001). Andra typiska beteenden vid BDD kan vara att jämföra sitt utseende med andras, dieter eller att försöka hitta bot och sätt att åtgärda den defekt som missnöjet riktas mot (David, Gleaves & Ambwani, 2008).

## **2.2 Kriterier för bedömning**

Kriterier för bedömning av BDD finns i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, DSM-IV. Den innehåller alla erkända psykiska sjukdomar samt bedömningskriterier för dem.

Enligt DSM-IV är följande kriterier för Body Dysmorphic Disorder:

- Upptagenhet av en inbillad defekt i utseendet. Om en mindre fysisk avvikelse finns, är personens oro gällande detta markant överdriven.
- Upptagenheten orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.
- Denna upptagenhet med utseendet kan inte bättre förklaras i (definition av) någon annan psykisk sjukdom, (ex. anorexia nervosa) (American Psychiatric Association, 2000).

Från och med maj 2013 gäller den aktuella utgåvan DSM-V, vilket är en uppdaterad version av DSM-IV. Den stora skillnaden mellan DSM-IV och DSM-V gällande BDD är att BDD i den senaste utgåvan klassas som en undergrupp till OCD. Tidigare var sjukdomen klassad som en somatoform sjukdom men likheterna med OCD har lett till en omgruppering. Ett diagnostiskt kriterium har lagts till vilket beskriver handlingar och upprepanande beteenden som en effekt av det psykiska tillstånd då lidande upplevs relaterat till inbillade brister i utseendet (American Psychiatric Association, 2013).

## **2.3 Etiologi och behandling**

Det finns olika etiologiska förklaringsmodeller till varför BDD uppkommer och vilka personer som tenderar att drabbas. Det kan tänkas finnas neurobiologiska faktorer, forskare har haft hypoteser om möjliga avvikelser i hjärnans system. Det finns psykoanalytiska teorier som föreslår att BDD är ett resultat av sexuella eller känslomässiga konflikter, skuld känslor eller dålig självbild där den upplevda defekten egentligen symboliserar något djupare. Det finns dock inga empiriska studier som stödjer detta. Ytterligare finns det behavioristiska förklaringsmodeller till sjukdomen. En förklaring är att en genetisk mottaglighet för ångestrelaterade sjukdomar i kombination med tidiga negativa upplevelser, exempelvis sexuellt utnyttjande eller känslomässiga trauman, skapar en grund för att drabbas av BDD (David, Gleaves & Suman Ambwani, 2008).

Studier har visat att selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) kan minska de symtom patienten lider av och på så sätt hjälpa personer drabbade av BDD. En kombinerad

behandlingsmetod bestående av medicinering med SSRI och kognitiv beteendeterapi (KBT) har visat sig vara effektiv för personer med BDD. Den medicinska behandlingen bör vara just SSRI, då andra typer av antidepressiva läkemedel inte har samma, önskvärda effekt på personer med BDD (Ipser, Sander & Stein, 2009).

Personer som får behandling i form av KBT har bättre chans till förbättring i sin sjukdom än de som inte blir behandlade. Personer som behandlats med KBT har uppvisat förbättring sett till BDD-symtom. Behandlingen har dessutom resulterat i förbättrat självförtroende och minskad depression, i fall där dessa symtom funnits. Problemet som ses hos personer med BDD är ovilja att söka psykologisk vård och genomgå behandling (Bjornsson, Didie & Phillips, 2010). Personer som lider av BDD söker sällan hjälp för den negativa fixeringen vid sitt utseende eller viss kroppdel. När de söker hjälp är det vanligtvis p.g.a. depressionssymtom eller socialt funktionshinder. De berättar oftast inte om det huvudsakliga problemet, såvida inte sjukvårdspersonal frågar specifikt (Veale & Riley, 2001).

## **2.4 Riskfaktorer**

Det finns begränsat med uppgifter om riskfaktorer som kan föranleda BDD. Det är svårt att avgöra vad som skiljer riskfaktorerna från just BDD och andra störningar. Veale (2004b) tar upp teorier om olika faktorer:

- Genetisk ärftlighet.
- Blyghet, perfektionism eller ett ängsligt temperament, vilket kan vara delvis genetiskt bestämt.
- Motgångar i barndomen, ex. mobbing, bli retad p.g.a. karaktärsdrag, utseende eller begåvning, dåliga kamratrelationer, social isolering, brist på stöd från familjen, sexuella övergrepp.
- Hudproblem i tonåren, såsom akne.
- Mer estetiskt påverkbar än genomsnittet, vilket resulterar i en större känslomässig reaktion på attraktiva individer. Utseendet påverkar således identiteten.

### **2.4.1 Massmediers påverkan av utseendeideal**

Hur media vinklar och framställer det ideala utseendet påverkar i stor utsträckning olika uppfattningar om hur kroppen ska se ut. Det kan även påverka den psykiska hälsan hos individer i vår befolkning. Att ständigt utsättas för orealistiska bilder för hur en vacker kropp ska se ut kan skapa stress hos både män och kvinnor som strävar efter att efterlikna idealen som media målar upp (Jeffers et. al., 2013).

Att vara upptagen av sitt yttre och bry sig om hur andra uppfattar ens utseende är vanligt förekommande och behöver inte betyda att man lider av en psykisk störning, vi har alla en uppfattning om vårt utseende och vår kropp (Nationalencyklopedin, 2014). Även om en person kan tyckas vara ohälsosamt fixerad vid sitt utseende så finns det kriterier som avgör om man faktiskt lider av en störning som BDD. Ett överdrivet intresse för utseendet betyder inte nödvändigtvis att det är ett sjukligt beteende (American Psychiatric Association, 2000).

## **2.5 Rekonstruerande och Kosmetisk plastikkirurgi**

Antalet vuxna människor som efterfrågar och genomgår kosmetisk plastikkirurgi har ökat drastiskt det senaste årtiondet (Zuckerman & Abraham, 2008). Det talas om två olika sorters plastikkirurgi; den rekonstruerande och den kosmetiska.

För att bli remitterad till rekonstruerande plastikkirurgi krävs det att besvären hämmar funktion eller bedöms som vanprydande missbildningar (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2014).

Kosmetisk kirurgi syftar till att förbättra ett "normalt" utseende utan några direkt märkbara avvikelser (Zuckerman & Abraham, 2008). Detta är något som bekostas av enskild individ och de som utför ingreppen är privata kliniker med vinstdrivande syfte (Art Clinic, 2014).

Skönhetsideal uppstår i alla kulturer och utseendet har sedan långt tillbaka varit ett ämne som ockuperat människors tankar. Med detta i åtanke förstås att människor försöker förbättra sitt utseende. Människor dras till ett friskt utseende, exempelvis frisk, ren hy och symmetriska ansikten. Detta liksom dragningskraften till andra attraktiva drag kommer från ett behov av att hitta en frisk partner att få hälsosamma avkommor med. Studier som gjorts inom ämnet visar att personer med ett attraktivt yttre får ett bättre bemötande, från tidig ålder till livets slut, vilket i hög grad påverkar vår ständiga strävan efter ett vackert yttre. Det anses inte längre vara lika kontroversiellt att genomgå kosmetisk plastikkirurgi och antalet ingrepp ökar (Bäsén, 2011).

### **3. Teoretisk referensram**

Vår studie utgår från en vårdvetenskaplig referensram, där den humanistiska människosynen är framträdande (Wiklund, 2003). Enligt Wiklund (2003) är människans värdighet och okränkbarhet viktiga faktorer för vårdvetenskap. Vårdvetenskap utgår från det etiska patientperspektivet och syftar till att se patientens integritet och värdighet. Patientens perspektiv står i fokus och bör vara utgångspunkt i given vårdssituation (Dahlberg et al, 2003).

Enligt vårdvetenskapen är människan en helhet, hon består av kropp, själ och ande. Att tala om dessa olika delar går inte, enligt vårdvetenskapen, utan det går endast tala om helheten, det vill säga människan (Dahlberg et al, 2003). Sjuksköterskan har ansvar för att tillgodose patientens omvårdnadsbehov, såväl fysiska, psykiska, sociala, kulturella och andliga (Socialstyrelsen, 2005). Att ha en helhetssyn av patienten innebär att förstå människan i det sammanhang hon lever i. Det finns en fördel rent praktiskt att dela upp dessa olika delar, för att kunna förstå, hantera eller behandla en specifik situation. Dock är människan en helhet, en enhet bestående av olika delar som förstås i sitt totala sammanhang (Wiklund, 2003).

#### **3.1 Hälsa**

Hälsa är ett svårdefinierat begrepp, det innebär inte bara frånvaro av sjukdom utan är ett bredare begrepp än så (Nationalencyklopedin, 2014). Världshälsoorganisationen (WHO) förklarar hälsa som ett tillstånd av fysisk, psykisk och socialt välbefinnande. Det är således inte bara frånvaro av sjukdom eller funktionsnedsättning (WHO, 1946). Vad det innebär att ha hälsa är enligt författaren och filosofen Lennart Nordenfelt (2001) en individuell upplevelse. Han menar att det måste finnas balans mellan människans handlingsförmåga och hennes eget mål för handling. Med detta menas att såvida en person inte kan uppnå eller förverkliga sina mål så kan hon inte heller uppnå hälsa (Nordenfelt, 2001). Nordenfelt (2001) menar att ohälsa kan bero på sjukdom men att sjukdomen inte skapar ohälsa i sig. Avgörande är istället hur personen uppfattar sin sjukdom och vilka begränsningar den skapar för personen att förverkliga sina mål (ibid).

Upplevelsen av hälsa är hos människor relativ, det innebär att hälsa inte är ett konstant tillstånd utan en dynamisk process sett till aktuell livssituation. För att en patient skall återfå eller bibehålla god hälsa krävs det att sjuksköterskan är medveten om patientens hälsoprocess, ser till lindring av lidande och främjande av välbefinnande (Dahlberg & Segesten, 2010).

### **3.2 Sjuksköterskans ansvar**

Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor har sjuksköterskan ett etiskt och ett professionellt ansvar att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Oavsett kön, ålder, etnicitet, social status och andra segregeringande faktorer skall samma goda vård erhållas. Vidare beskrivs sjuksköterskans etiska ansvar: "Sjuksköterskan medverkar till en etisk organisationskultur och tar ställning mot oetiska metoder och förhållanden" (Svensk sjuksköterskeförening, 2012).

I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor belyses vikten av att sjuksköterskan bör arbeta utifrån en värdegrund som vilar på en humanistisk människosyn. En sjuksköterska ska även ha förmåga att främja hälsa genom att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker. Vidare har sjuksköterskan ansvar att värna om patientens möjligheter och vid behov förmedla kontakt med rätt instans (Socialstyrelsen, 2005).

## **4. Problemformulering**

BDD är en vanlig sjukdom som kan drabba alla oavsett kön och kulturell bakgrund. Det är en sjukdom som leder till ohälsa hos den drabbade. Det är idag lätt att förändra sitt utseende med hjälp av kosmetisk plastikkirurgi. Då personer som är drabbade av BDD har en negativ fixering vid en viss kroppsdel vill vi undersöka om det finns samband mellan BDD och kosmetisk plastikkirurgi. Vi önskar även ta reda på vilken effekt kosmetisk kirurgi har på den som är lider av BDD.

## **5. Syfte**

Syftet med denna litteraturstudie att undersöka sambandet mellan kosmetisk plastikkirurgi och hälsa hos personer med BDD.

## **6. Metod**

### **6.1 Vald Metod**

Vi har valt att göra en litteraturstudie, för att erhålla relevant och aktuell forskning inom problemområdet, som för oss kan skapa förståelse. Enligt Segesten (2012) bör en litteraturstudie vara objektivt skriven samt bygga på aktuell, evidensbaserad forskning. En litteraturstudie syftar till att systematiskt söka litteratur inom valt problemområde och kritiskt granska och sammanställa denna. För en litteraturstudie kan avhandlingar, rapporter och vetenskapliga artiklar användas. Vår litteraturstudie är baserad på vetenskapliga artiklar, vilka redovisar ny kunskap, har varit möjliga att granska, har varit utsatta för bedömning samt publicerats på engelska. Ytterligare syftar litteraturstudier utifrån Segestens (2012) modell till att bidra till evidensbaserad omvårdnad. Att arbeta evidensbaserat är av stor vikt för att skapa god och säker vård för patient och närstående (Segesten, 2012). Författarna anser att detta motiverar valet av metod, då det råder en viss tidsbrist samtidigt som författarna eftersträvar att uppnå förståelse och skapa evidensbaserad kunskap.



## 6.2 Urval

Inför urvalet av artiklar satte vi upp vissa begränsningar, avseende relevans och aktualitet. Beroende på att databaserna är uppbyggda på olika sätt kom begränsningarna att se något annorlunda ut utifrån vilken databas vi använde. I databasen Cinahl användes konsekvent begränsningarna "peer reviewed" och "research article"; begränsningar som inte finns att välja i databasen Pubmed. Både kvantitativa och kvalitativa artiklar valdes. Avsikten var att använda så ny kunskap som möjligt i vår studie, dvs. endast använda artiklar publicerade de senaste fem åren. Denna begränsning fick dock ge vika då relevant material riskerade att förbises. Endast artiklar som funnits i fulltextformat via Göteborgs Universitet, alternativt kunnat hittas manuellt har granskats. Inga begränsningar till geografi, kultur, ålder, kön eller klasstillhörighet gjordes.

## 6.3 Datainsamling

Litteratursökningen gjordes i databaserna Pubmed, Cinahl och Scopus. Med hjälp av ämnesordlistan Svensk MeSH återfanns lämpliga sökord relaterade till syftet: *Body Dysmorphic Disorder; Plastic Surgery; Mental Health; Health; Quality of Life*. Informationssökning är en process som kan delas in i två faser; den inledande och den egentliga litteratursökningen. Inledningsvis sker sökningar för att få en översikt av ämnet samt en bakgrund till valt problemområde (Östlundh, 2012). Utifrån denna kunskap påbörjades vår inledande sökningsprocess, då ovan nämnda sökord användes. Utifrån dessa sökningar skapades en översikt av ämnet, ytterligare återfanns fler relevanta sökord; *Cosmetic Surgery; Surgery; Stress; Satisfaction; Evaluation; Comorbidity; Morbidity; Qualitative*. Under den inledande sökningen återfanns ingen kvalitativ forskning inom området.

Under det som Östlundh (2012) benämner som den egentliga litteratursökningen, användes samtliga sökord som nämns ovan, i olika kombinationer. Den egentliga litteratursökningen är en process som syftar till att ta fram det material litteraturstudien ska bygga på (Östlundh, 2012). Då någon kvalitativ forskning inte fanns att finna kom vi att söka efter kvantitativa studier vilka fokuserat på patienters upplevelser. De sökord som kom att generera relevanta artiklar var: *Body Dysmorphic Disorder; Cosmetic Surgery; Mental Health; Satisfaction; Evaluation; Comorbidity; Morbidity* (se Bilaga 1).

I ett första urval gick vi igenom titlarna. En relevant titel sett till vår frågeställning genererade genomläsning av abstraktet. Om även abstraktet kom att vara av intresse lästes hela artikeln igenom och kvalitetsgranskades, med stöd av Fribergs (2012) förslag på frågor vid granskning av kvantitativa studier (se Bilaga 2). Trots att sökningar gjordes i samtliga tre nämnda databaser fann vi endast relevant material i databasen Pubmed. Enbart kvantitativa studier framkom inom valt ämne.

## 6.4 Dataanalys

Det är av vikt att läsa igenom valda studier flera gånger för att förstå innehåll och kontext (Friberg, 2012). Vi valde att analysera våra texter utifrån en innehållsanalys. Det kräver först en överblick av materialet, genom upprepade genomläsning. Vidare identifieras meningsbärande enheter som i nästa steg ligger till grund för att finna koder i materialet. Koderna grupperas i kategorier och underkategorier för att representera resultatets innehåll samt besvara syftet (Stjernswärd, 2011). Vi läste igenom samtliga artiklar vid flera tillfällen samt sammanfattade dem för att lätt få en överblick. Vidare sökte vi likheter och skillnader i

studiernas syfte, metod och resultat, vilket skedde parallellt med att vi förde in relevant information i vår artikelöversikt (se Bilaga 3).

I nästa steg plockades meningsbärande enheter ut som motsvarade syfte och frågeställningar. Om ytterligare artikel visade samma resultat noterades detta. Detta för att få en överblick i tidigt skede och se ett mönster i resultatet. De meningsbärande enheter som framkom färgkodades utifrån dess innehåll för att skapa struktur. Liknande koder sammanfördes för att bilda underkategorier och arbetades sedan vidare till kategorier, vilka bestämdes utifrån valt syfte och frågeställningar.

### **6.5 Forskningsetiska överväganden**

Vid genomförande av litteraturstudien har författarna ämnat beskriva samtliga delar med egna ord och formuleringar, för att undvika plagiat. Resultat har inte heller förvrängts eller exkluderats för att passa studiens syfte (Booth, Colomb & Williams, 2004). Forsberg & Wengström (2003) belyser vikten av att vid litteraturstudier göra etiska övervägande, både vid urval av material samt vid presentation av resultat, något författarna haft i åtanke. Ytterligare har författarna ämnat ha ett objektivt förhållningssätt utan påverkan av förförståelse (Polit och Beck, 2006).

## **7. Resultat**

Granskning av studiernas resultat med hjälp av innehållsanalys resulterade i fyra kategorier: förekomst av BDD hos patienter som söker kosmetisk plastikkirurgi; samsjuklighet och dess påverkan på hälsa hos personer med BDD som söker kosmetisk plastikkirurgi; koppling mellan psykisk ohälsa, BDD och genomförande av flera kosmetiska ingrepp samt vilken påverkan kosmetisk plastikkirurgi har på hälsan hos personer med BDD. Relaterat till den sistnämnda kategorin framkom två underkategorier; positiv påverkan av hälsa samt negativ påverkan hälsa. Det resultat som presenteras nedan tyder på att personer som lider av BDD ofta söker kosmetisk plastikkirurgi samt erhåller de kosmetiska ingrepp de efterfrågar. Vidare framkommer att personer som efterfrågar kosmetisk kirurgi i många fall lider av psykisk ohälsa och att samsjuklighet inte är ovanligt hos personer med BDD som söker kosmetiska ingrepp. Kirurgi av estetisk karaktär genomförd på personer med BDD har i vissa fall positiva effekter men kan även påverka hälsan negativt. De negativa följderna kan äventyra personens psykiska hälsa i den grad att självmordstankar blir förekommande.

### **7.1 Förekomst av Body Dysmorphic Disorder hos patienter som söker kosmetisk plastikkirurgi**

Det är vanligt förekommande att personer med BDD söker kosmetisk plastikkirurgi (Collins, Gonzalez, Guadilliere, Shrestha & Girod, 2014; Felix, de Brito, Nahas, Tavares, Cordás, Dini & Ferreira, 2014; Lai, Lee, Yeh & Chen, 2010; Alavi, Kalafi, Dehbozorgi & Javadpour, 2010; Tignol, Biraben-Gotzamanis, Martin-Guehl, Grabot & Aouizerate, 2007; Picavet, Gabriels, Grietens, Jorissen, Prokopakis & Hellings, 2012). Vidare får de flesta personer med BDD den kosmetiska kirurgi de efterfrågar (Phillips, Grant, Siniscalchi & Albertini, 2001; Tignol et al. 2007). Utifrån sex olika studier där det tydligt framgår hur stor andel som är diagnostiserade med BDD av de som söker kosmetisk plastikkirurgi är medelvärdet av förekomsten av BDD 24 % (Collins et al. 2014; Felix et al. 2014; Lai et al. 2010; Alavi et al. 2010; Tignol et al. 2007; Picavet et al. 2012).

Resultatet tyder på att det är fler kvinnor än män som söker plastikkirurgi (Javanbakht, Nazari, Javanbakht & Moghaddam, 2012; Hayashi, Miyachi, Nakakita, Akimoto, Aoyagi, Miyaoka & Uchinuma, 2007; Kisely, Morkell, Allbrook, Briggs & Jovanovic, 2001; Collins

et al. 2014; Felix et al. 2014; Lai et al. 2010; Alavi et al. 2010; Tignol et al. 2007; Picavet et al. 2012). Tignol et al. (2007) påvisar i sin studie skillnad sett till ålder bland de som genomgår kosmetiska operationer, där patienter med BDD i genomsnitt är yngre än de utan BDD, i övrigt har inget samband sett till BDD och ålder påvisats i granskade artiklar.

## **7.2 Samsjuklighet och dess påverkan av hälsa hos personer med Body Dysmorphic Disorder som söker kosmetisk plastikkirurgi**

En person som lider av BDD löper även risk att vara drabbad av andra psykiska besvär såsom ångestssymtom, depression och tvångssyndrom. I detta avsnitt beskrivs psykisk ohälsa och samsjuklighet hos personer som lider av BDD och söker kosmetiska ingrepp.

Psykisk ohälsa är vanligt förekommande hos personer som genomgår kosmetiska ingrepp (Alavi et al. 2010; Collins et al. 2014; Hayashi et al. 2007; Kisely et al. 2001). Personer som söker kosmetisk kirurgi och är diagnostiserade med BDD lider ofta av någon annan psykisk störning i kombination med BDD (Alavi et al. 2010; Collins et al. 2014). Alavi et. al (2010) påvisar i sin studie att 41 % av de som sökte kosmetisk plastikkirurgi mötte kriterierna för olika psykiska störningar. Collins et. al. (2014) förmedlar ett tydligt samband mellan BDD och depression, BDD och ångestsymtom samt BDD och Tvångssyndrom. Studiens resultat visar även att depression, ångestsymtom och OCD generellt är vanligt förekommande hos personer som söker kosmetisk plastikkirurgi (Collins et al. 2014). Hayashi et al. (2007) fann vid en första screening av personer som sökte kosmetisk kirurgi att 43 % av personerna tilldelades misstanke om psykisk ohälsa. Vidare utredning av psykolog reducerade andelen till 32 % med någon form av psykisk störning, där BDD var den vanligaste formen, följt av depression och ångestsymtom. Andra störningar som framkom vid diagnostiseringen var personlighetsstörning, hypokondri och OCD.

## **7.3 Samband mellan psykisk ohälsa, Body Dysmorphic Disorder och genomförande av flera kosmetiska ingrepp**

Det finns ett samband mellan antal kosmetiska plastikoperationer och psykisk ohälsa (Hayashi et al. 2007; Tignol et al. 2007; Picavet et al. 2012 & Phillips et al. 2001). Hayashi et al. (2007) studerade 140 stycken deltagare som sökte kosmetisk plastikkirurgi, nästan hälften av dessa hade tidigare erfarenhet av kosmetisk kirurgi. Samtliga av de som genomgått kosmetiska ingrepp fyra eller fler gånger led av någon psykiatrisk diagnos. Ytterligare framkommer resultat som visar att personer diagnostiserade med BDD tenderar att genomgå flera kosmetiska ingrepp (Tignol et al. 2007; Picavet et al & Phillips et al. 2001).

## **7.4 Hur påverkar kosmetisk plastikkirurgi hälsan hos personer med Body Dysmorphic Disorder?**

Nedan beskrivs vilka positiva och negativa hälsoeffekter kosmetisk plastikkirurgi har för patienter med BDD.

### **7.4.1 Positiv påverkan av hälsa**

Felix et al. (2014) utvärderade tillfredsställelsen av genomgången kosmetisk näskirurgi hos kvinnor. Deltagarna som studerades var kvinnor diagnostiserade med mild till måttlig BDD och utvärderingen skedde ett år efter operation. I utvärderingen framkom att nästan alla var nöjda med operationsresultatet, dessutom upplevde drygt 80 % av kvinnorna total tillbakagång av tidigare BDD-symtom. Deltagarna beskrev även minskad oro över upplevd defekt. Majoriteten hade innan operation upplevt oro minst åtta timmar per dag, ett år efter operation har oron sjunkit till en till tre timmar per dag hos majoriteten av deltagarna.

Tignol et al. (2007) gjorde en uppföljning på en grupp patienter med BDD och en kontrollgrupp utan BDD som båda genomgått kosmetisk plastikkirurgi, samtliga personer med ingen eller en mycket liten avvikelse i utseendet, vilket bedömts av kirurg. Studiens deltagare följdes upp fem år efter kosmetisk operation och båda grupperna angav vid utvärderingen att de var nöjda med operationsresultatet, ingen signifikant skillnad återfanns mellan grupperna sett till detta.

#### **7.4.2 Negativ påverkan av hälsa**

Personer som lider av BDD och söker kosmetisk plastikkirurgi har beskrivit att den upplevda fysiska defekten leder till hämning av det sociala livet (Collins et al. 2014). Trots kosmetisk kirurgi upplevs fortfarande, fem år efter operation, ett markant handikapp sett till vardaglig funktionsnivå, där subgruppen "socialt liv och fritid" skiljer sig mest från de med och utan BDD (Tignol et al. 2007).

Trots att personer med BDD upplevde sig vara nöjda med den kosmetiska operation som genomförts uppfyllde en majoritet fortfarande kriterierna för BDD vid utvärdering fem år efter operation. Ytterligare beskrevs missnöje och överdriven uppmärksamhet gentemot en ny kroppsdel. Samtidigt framkom att 21 % av personerna från kontrollgruppen (utan BDD och med ingen eller minimal defekt) fem år efter kosmetisk operation utvecklat BDD (Tignol et al. 2007).

Vidare framkommer att BDD-symtom står i relation till upplevd livskvalité, där höga skattningspoäng av BDD-symtom genererar minskad upplevelse av livskvalité. Ytterligare leder detta till nedsatt vardaglig funktion, svårigheter med personliga relationer, dålig självkänsla samt upplevelse av emotionell stress. Om patienten uppvisar måttliga till svåra BDD-symtom preoperativt så blir tillfredsställelsen över genomförd operation mindre, jämfört med patienter med inga eller milda BDD-symtom (Picavet et al. 2012).

Personer med BDD som genomgår kosmetisk plastikkirurgi kan efter operation förvärras i sin sjukdom. Konsekvenserna kan då bli allvarliga. En man med BDD genomgick upprepade öronoperationer i kosmetiskt syfte. Varje gång bandagen togs av blev mannen psykotisk och uttryckte tankar om självmord, varför han fick vårdas för detta efter varje kosmetisk öronoperation. En annan person blev i studien nekad kosmetisk näskirurgi, varpå personen slog sönder sin näsa med en hammare för att få genomgå önskad operation (Phillips et al. 2001). Patienter med BDD som genomgår kosmetisk plastikkirurgi kan rikta sitt postoperativa missnöje mot kirurgen (Phillips et al. 2001; Lai et al. 2010).

Lai et al. (2010) påvisade i sin studie att screening av BDD hos personer som söker kosmetisk plastikkirurgi leder till att en stor andel av de personer som lider av BDD upptäcks. Typiska tecken för personer med BDD som söker kosmetisk plastikkirurgi är att de beskriver en känsla av att människor i deras omgivning uppmärksammar den upplevda (obefintliga eller mycket milda) defekten. På kliniken visar de ofta bilder för kirurgen av modeller eller filmstjärnor, samt klargör för läkaren hur operationen ska genomföras på ett perfekt sätt. Ytterligare tecken kan vara att patienter med BDD kritiserar den kirurg som genomfört (eventuell) tidigare operation och anser att defekten kan korrigeras med en mycket enkel procedur. Trots att preoperativ screening genomfördes i aktuell studie och att samtliga personer med BDD rekommenderades att inte genomgå plastikkirurgi, diagnostiserades ytterligare nio patienter med BDD postoperativt. Dessa patienter uppvisade missnöje direkt efter operationen, de spenderade timmar framför spegeln för att undersöka sin upplevda defekt. De ansåg att operationen blivit misslyckad, vilket gjorde dem upprörda och arga. De fick svårt att sova och

studiens resultat påvisar även tankar om självmord. Ytterligare upplevde de patienter med BDD som genomgått kosmetisk kirurgi att operationsresultatet förvärrat defekten ytterligare, att det postoperativa resultatet var värre än innan operationen. Två patienter försökte tvinga kirurgen att genomföra en ny operation utan tålamod för läkningsprocessen av den operation som nyligen genomförts. Det var svårt att övertyga dessa patienter att acceptera kirurgens vägran angående ny operation. Utfallet för de nio patienter med BDD, som diagnostiserades postoperativt, blev slutligen att avgiften återbetalades i tre fall och sex patienter kom inte på klinikens uppföljning sex månader efter genomförd operation (Lai et al. 2010).

## **8. Diskussion**

### **8.1 Metoddiskussion**

En litteraturstudie ska vara objektivt skriven och bygga på aktuell, evidensbaserad forskning (Segesten, 2012). Resultatet i denna litteraturstudie bygger på granskade, vetenskapliga artiklar. Vidare har avsikten varit att använda så nytt material som möjligt, vilket författarna delvis anser sig lyckats med. Från början användes 5 års begränsning konsekvent men på grund av risken att gå miste om relevant material valdes istället att göra sökningar även utan tidsbegränsning. De äldsta artiklarna som används är från 2001 vilket kan ifrågasättas, dock uppfattas dessa studier vara relevanta sett till valt syfte.

Vidare ses en brist i att endast kvantitativa artiklar valts. Anledningen till detta är att det inte gick att finna några kvalitativa artiklar som besvarade valt syfte under de systematiska sökningar som gjorts. Att utläsa hur personer upplever hälsa i kvantitativa studier kan ses som en svårighet. Det kan tänkas föreligga en styrka i att de kvantitativa artiklar som använts varit omfattande.

Det gjordes inga geografiska begränsningar. De artiklar litteraturstudiens resultat bygger på kommer från USA, Iran, Brasilien, Japan, Australien, Taiwan, Frankrike och Belgien. Således inkluderas fem olika världsdelar i resultatet vilket torde tyda på en god spridning. Det kan ifrågasättas om resultatet är applicerbart på Sveriges population då några svenska artiklar inte återfanns och därmed aldrig var aktuella för litteraturstudien. Då det framgår i bakgrunden att BDD förekommer i alla olika kulturer och delar av världen (Ananke, 2008) kan slutsatsen dras att valda artiklar representerar alla delar av världen. Dock finns det andra aspekter som påverkar hur stor andel av befolkningen som har möjlighet att genomgå kosmetiska ingrepp, ex. ekonomi och tillgänglighet.

Lai et al. (2010) beskriver inget tydligt etiskt resonemang i sin studie, detta gäller även Hayashi (2007) samt Phillips (2001). Trots detta inkluderades dessa studier då övriga parametrar var goda. Ytterligare redovisar Picavet et al. (2012) och Kisely et al. (2001) sitt resultat på ett komplicerat sätt vilket kan tänkas skapa risk för feltolkningar. Vidare kunde Alavi et al. (2010) utvecklat och separerat sitt resultat betydligt för att skapa en godare överblick. Även här ses en risk för feltolkning. Tignol et al. (2007) presenterar ingen tydligt beskriven patientkaraktistika, utan hänvisar till tidigare studie.

En svaghet ses i att endast en databas kom att generera relevanta artiklar, dock gjordes sökningar i ytterligare två databaser utan relevant resultat. Endast studier som varit möjliga att ladda ner i fulltextformat, alternativt kunnat hittas manuellt via Göteborgs Universitetsbibliotek har använts. Detta ses som en svaghet då det föreligger risk att relevant material förbisetts. Ytterligare återfanns en artikel via manuell sökning i en artikels referenslista, denna söktes upp via Scopus.

En styrka är att samtliga artiklar lästs och granskats av två personer. Detta har skapat möjlighet för diskussion, omvärdering av resultat samt givit ett bredare perspektiv och fler infallsvinklar. En svårighet ses i att korrekt översätta engelskt material, varför uppslagsverk varit av nytta. Att tolka textens innebörd har skett under noggrannhet och vid upprepade tillfällen av båda författarna. Eventuella feltolkningar kan dock inte uteslutas.

Författarna har ämnat att ej förvränga eller exkludera resultat. Som Polit och Beck (2006) beskriver är det av vikt att ha ett objektiva förhållningssätt och inte låta eventuell förförståelse färga arbetet. Författarna har varit medvetna om den förförståelse och de uppfattningar som finns sett till valt problemområde. Vidare har resultat presenterats som talar emot varandra, vilket av författarna ses som ett korrekt etiskt ställningstagande.

## **8.2 Resultatdiskussion**

Det resultat som framkommit i denna litteraturstudie visar att sjukdomen BDD är komplex och att kosmetisk plastikkirurgi kan leda till en både förbättrad eller förvärrad sjukdomsbild. Felix et al. (2014) beskrev i sin studie att personer med mild till måttlig BDD upplevde total tillbakagång av BDD ett år efter genomförd operation. Studien visade även att dessa personer inte oroade sig lika mycket över upplevd defekt. Dock oroade sig majoriteten fortfarande en till tre timmar per dag över upplevd defekt. Det kan ifrågasättas om detta resultat verkligen betyder att sjukdomen BDD fullständigt gått tillbaka, då ett bedömningskriterium för BDD är att personen ska uppleva en upptagenhet av inbillad defekt i utseendet, alternativt uppleva markant överdriven oro gällande en mindre avvikelse i utseendet (American Psychiatric Association, 2000). Hur många timmar av oro som räknas som markant överdriven är svårt att avgöra. Det kan dock konstateras att utifrån denna studie upplevde personer med mild till måttlig BDD förbättring ett år efter genomförd kosmetisk operation sett till sjukdomen BDD.

Det framkommer vilka uttryck personer med BDD kan ta och att självmordstankar förekommer. Phillips et al. (2001) beskrev hur en person slog sönder sin näsa med en hammare då denne blev nekad kosmetisk operation. Detta torde innebära stort lidande för personen i fråga, både psykiskt och fysiskt. Ytterligare beskrevs en man som genomgick upprepade öronoperationer i kosmetiskt syfte. Varje gång bandagen togs av blev mannen psykotisk och uttryckte tankar om självmord (Phillips et al., 2001). Det är förvånansvärt och oroande att mannen fick genomgå ett flertal operationer i kosmetiskt syfte, när utgången kom att bli densamma varje gång. Det som Phillips et al. (2001) har beskrivit kan tolkas som att BDD egentligen inte handlar om en fysisk defekt som måste korrigeras, utan snarare om ett inre tvång att ständigt vara missnöjd över en upplevd defekt. Resultatet tyder även på att kosmetisk operation av personer med BDD medför negativa hälsoeffekter.

Lai et al. (2010) påvisade att samtliga personer som diagnostiserades med BDD direkt efter operation var missnöjda med resultatet, missnöjet gjorde dessa personer upprörda och arga. I och med missnöjet uttrycktes tankar om självmord (Lai et al., 2010). Detta resultat talar för att kosmetiska ingrepp inte bör genomföras på personer som lider av BDD, då hälsan försämras. Självmordstankar postoperativt bör betraktas som mycket allvarligt. Utifrån WHO:s definition av hälsa, "Hälsa är ett tillstånd av totalt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara en frånvaro av sjukdom eller funktionsnedsättning", bör sjuksköterskan se till hela människan för att främja hälsa hos enskild individ. Ytterligare ses ett ökat vårdbehov om personer med BDD upplever försämrad hälsa efter genomförd operation vilket innebär ökad ekonomisk belastning för samhället.

Tignol et al. (2007) fick i sin studie fram ett intressant resultat, nämligen att 21 % av personerna i kontrollgruppen utan BDD, fem år efter genomförd kosmetisk operation utvecklat BDD. Detta går att tolka som att plastikoperationer i sig är en riskfaktor för att drabbas av BDD. Alternativt att personer som söker kosmetiska operationer har en tendens att utveckla sjukdomen eller är i ett tidigt stadie av sjukdomen BDD.

Tignol et al. (2007) beskrev ytterligare att studiens deltagare med BDD som genomgått kosmetisk kirurgi, fem år efter operation var nöjda med operationsresultatet. Trots detta upplevde dessa personer fortfarande ett markant handikapp sett till vardaglig funktionsnivå och uppfyllde kriterierna för BDD. Ytterligare beskrevs att missnöjet riktats mot en ny kroppsdel. Detta går att problematisera; om personer som lider av BDD genomgår kosmetisk plastikkirurgi och blir nöjda med operationsresultatet men riktar överdrivet missnöje och ångest mot en ny kroppsdel, är de då tillbaka i utgångsläget de befann sig i innan kosmetisk operation? Kan en form av beroende skapas hos personer med BDD sett till kosmetisk kirurgi? Det har visat sig att personer som lider av BDD tenderar att genomgå flera kosmetiska operationer (Tignol et al. 2007, Picavet et al & Phillips et al. 2001), vilket kan betyda att personer med BDD som genomgår kosmetiska ingrepp efter genomförd operation upplever överdrivet missnöje mot en annan kroppsdel och efterfrågar ny kosmetisk operation. Är det i så fall etiskt försvarbart att som sjuksköterska låta detta fortgå? Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor har sjuksköterskan ett ansvar att främja hälsa och förebygga sjukdom. Sjuksköterskan skall dessutom medverka till en etisk organisationkultur. Detta kan tolkas som att sjuksköterskan har ett ansvar, även på de privata kliniker som genomför kosmetiska ingrepp, att lyfta frågor som rör patientens hälsa och välmående ur ett holistiskt perspektiv, trots att det inte stödjer organisationen ekonomiskt. Med detta menas att personer som lider av BDD eventuellt bör avrådas från att genomgå kosmetisk kirurgi eller vidare utvärderas innan genomförandet, då en kosmetisk operation kan förvärra personens sjukdomsbild. Enligt socialstyrelsen har sjuksköterskan ett ansvar att värna om patientens möjligheter och vid behov förmedla kontakt med rätt instans (Socialstyrelsen, 2005), vilket bör vara någon form av psykiatrisk instans eftersom forskning visat att KBT kombinerat med SSRI är en effektiv behandlingsmetod vid BDD (Ipser et al., 2009). Lai et al. (2010) påvisade att preoperativ screening av BDD var positiv då en stor andel av personer med BDD upptäcktes innan genomförd kosmetisk operation. Samtidigt påvisar denna litteraturstudies resultat att 24 % av de som söker kosmetisk plastikkirurgi lider av BDD (Collins et al. 2014; Felix et al. 2014; Lai et al. 2010; Alavi et al. 2010; Tignol et al. 2007; Picavet et al. 2012). De kliniker som genomför kosmetiska ingrepp är vinstdrivande och ingreppen bekostas av patienterna (Art Clinic, 2014), varför ett motstånd att avråda en så stor del av de betalande patienterna skulle kunna vara möjlig, p.g.a. ekonomisk förlust för dessa företag.

Det framkom under granskningen av valda studier att personer som söker kosmetisk kirurgi främst ses som "klienter", snarare än "patienter". Enligt Zuckerman och Abraham (2008) syftar kosmetisk kirurgi till att förbättra ett " normalt utseende", utan direkt märkbara defekter. Kan det vara så att personalen som arbetar på dessa kliniker utgår från att det är friska personer som söker kosmetisk kirurgi och därför inte gör någon vidare utredning? Om detta antagande stämmer är det egentligen inte konstigt, då forskning om BDD i relation till kosmetisk plastikkirurgi är relativt ny och pågående.

Utifrån vårdvetenskap bör den humanistiska människosynen vara framträdande, människans värdighet och okränkbarhet är två viktiga faktorer (Wiklund, 2003). Vidare utgår vårdvetenskap från det etiska patientperspektivet där patientens perspektiv står i fokus och bör

vara utgångspunkt i given vådsituation (Dahlberg et al, 2003). I och med detta ses svårigheter i att avgöra hur personer med BDD som söker kosmetisk kirurgi bör behandlas. Utifrån ett patientperspektiv upplevs en defekt som personen med BDD önskar korrigera. Givetvis bör patientens perspektiv stå i fokus men i och med de resultat som framkommit vilka tyder på att kosmetiska operationen kan förvärra sjukdomsbilden, ses ändå en fördel i att avråda personer med BDD att genomgå kosmetisk kirurgi. Som Socialstyrelsen (2005) belyser; förmedla kontakt med en instans som kan hjälpa och behandla personen utifrån given evidens.

Enligt Ananke, (2008) är det lika vanligt att män som kvinnor drabbas av BDD, men i resultatet i denna litteraturstudie framkom att kvinnor är överrepresenterade bland dem som söker kosmetisk plastikkirurgi (Javanbakht et al. 2012; Hayashi et al. 2007; Kisely et al 2001; Collins et al. 2014; Felix et al. 2014; Lai et al. 2010; Alavi et al. 2010; Tignol et al. 2007; Picavet et al. 2012). Som tidigare beskrivs är det en stor andel av dessa kvinnor som lider av BDD och annan psykisk ohälsa. De har sökt kosmetisk plastikkirurgi för att bli fria från de kroppsliga besvär de upplever sig ha. Om man drar slutsatsen att många kvinnor med BDD söker kosmetisk plastikkirurgi som behandling för sina symtom återstår frågan var männen vänder sig med sina motsvarande besvär. Enligt Veale & Riley (2001) är det sällan personer med BDD söker hjälp för de egentliga besvärerna, utan istället uttrycker sig sjukdomen på något annat sätt varpå hjälp söks på andra inrättningar än de som framför allt är inriktade på problematik av psykisk karaktär. Är då män som lider av BDD en överrepresenterad grupp i någon annan del av samhället?

Alavi et al. (2010) påvisade i sin studie att 41 % av de som sökte kosmetisk plastikkirurgi mötte kriterierna för olika psykiska störningar, vilket borde innebära att dessa personer hade nedsatt psykisk hälsa. Utifrån denna kunskap kan det vara rimligt att sjuksköterskan bör skapa sig en helhetsbild av den patient hon möter, och se till dennes kropp, själ och ande (Dahlberg et al, 2003). Det kan vara av vikt att ta reda på den hälsohistoria som finns samt få kunskap om eventuell pågående behandling sett till de psykiska sjukdomar som visat sig vara vanliga bland de som söker kosmetisk kirurgi. Om den eventuella psykiska ohälsan inte behandlats ses en fördel i att först skapa möjligheter för att god psykisk hälsa ska kunna uppnås, innan stundande kosmetisk operation. Samtidigt ses etiska svårigheter i att vara den som avgör vilka anledningar till kosmetisk operation som är godtagbara.

Hur media vinklar och framställer det ideala utseendet påverkar i stor utsträckning olika uppfattningar om hur kroppen ska se ut. Det kan även påverka den psykiska hälsan hos individer i vår befolkning (Jeffers et. al., 2013). Detta är en intressant aspekt då det går att diskutera hur personer med BDD påverkas av de skönhetsideal och de intryck vi matas med dagligen via exempelvis TV och internet. Bidrar den mediala fokuseringen på att man skall ha ett perfekt utseende till en förvärrad sjukdomsbild och försämrad hälsa hos personer med BDD, eller hade sjukdomen yttrat sig på ett annat sätt än fixering vid sitt utseende om medias påverkan inte funnits?

Det är anmärkningsvärt att det framkommer såpass skilda resultat i denna litteraturstudie. Felix et al. (2014) beskrev i sin studie att personer med mild till måttlig BDD upplevde tillbakagång av sina symtom ett år efter genomförd kosmetisk operation, samtidigt som övrigt resultat främst har påvisat negativa hälsoeffekter sett till kosmetisk operation av personer med BDD. Kan det bero på att Felix et al. (2014) i sin studie tar hänsyn till olika grader av BDD? De skilda resultaten kan tyda på att personer med mild till måttlig BDD i större utsträckning upplever positiva hälsoeffekter av kosmetiska ingrepp, än personer med svåra BDD-symtom. Picavet et al. (2012) beskriver att om patienten uppvisar måttliga till svåra BDD-symtom



preoperativt så blir tillfredsställelsen över genomförd operation mindre, jämfört med patienter med inga eller milda BDD-symtom. Detta tyder på att ju svårare BDD-symtom en person har, desto mindre verkan har en kosmetisk operation, sett till den sjukdomsbild BDD står för. Varför kosmetisk operation av personer med BDD kan ifrågasättas.

Filosofen och författaren Lennart Nordenfelt (2001) beskriver hälsa som en individuell upplevelse. Nordenfelt beskriver även hälsan som en balans mellan handlingsförmåga och mål. Om en person inte kan uppnå eller förverkliga sina mål så kan hon heller inte uppnå hälsa (Nordenfelt, 2001). För att kunna sätta detta i samband med de resultat som framkommit i denna litteraturstudie så måste det först gå att avgöra vad målet för personer med BDD är. Låt säga att det personliga målet bör vara att uppleva en tillfredsställelse över kroppens utseende. I så fall tyder de flesta studier på att detta mål inte uppnås med hjälp av kosmetisk kirurgi, då missnöje postoperativt varit ett framträdande resultat. Dock ses ingen brist i handlingsförmågan hos personer som lider av BDD. Ytterligare ett mål skulle kunna beröra ett symtom som belysts i resultatet, nämligen vardaglig funktionsnivå med fokus på socialt liv och fritid. Ett mål som kan tänkas driva en person som lider av BDD till handling kan då vara en upplevelse av att känna sig tillfreds i sociala situationer, utan att påverkas av en upplevd defekt i utseendet. Det är förståeligt att personer med BDD ser en lösning i att korrigera den del av kroppen de upplever missnöje gentemot. Dock tyder resultatet i denna litteraturstudie på att det är fel väg att gå och att den psykiska ohälsan inte beror på en fysisk defekt utan snarare på en inre otillfredsställelse.

Resultatet i denna litteraturstudie har lett till ytterligare frågor. Kan det vara av värde att gradera BDD-symtomen och därefter besluta om kosmetisk operation kan tänkas förbättra hälsan hos den drabbade? Eller bör varje enskild persons vilja sett till kosmetiska ingrepp vara avgörande, oavsett psykiska sjukdomar såsom BDD? Bör sjukvården för att vara säkra avråda alla som lider av BDD från att genomföra kosmetiska ingrepp, p.g.a. eventuella negativa hälsoeffekter. Samtliga av dessa "förslag" har för- och nackdelar, sett till etiskt- och professionellt ansvar samt självbestämmande.

## **9. Slutsats**

Utifrån den kunskap som finns sett till behandlingsmetoder av BDD samt det resultat som framkommit i denna litteraturstudie ses en fördel i att avråda personer som lider av BDD att genomgå kosmetiska ingrepp. Kliniker som genomför kosmetiska ingrepp borde rimligtvis arbeta etiskt mot mer långsiktiga hälsomål. Vidare kan missnöje efter genomförd kosmetisk operation leda till att personer måste vårdas för psykiska symtom vilket blir en ekonomisk belastning för samhället. Förslagsvis bör sjuksköterskan arbeta för att skapa möjligheter för personer som är drabbade av BDD att upprätta kontakter med instanser som kan erbjuda behandling av psykiska sjukdomar, innan genomförd kosmetisk operation.

### **9.1 Klinisk tillämpning och fortsatt forskning**

För att kunna hjälpa personer som lider av BDD krävs det givetvis att sjukdomen upptäcks. Utifrån det resultat som framkommit så återfinns många personer med BDD på kliniker som genomför kosmetiska ingrepp varför preoperativ screening skulle kunna vara ett värdefullt verktyg.

Författarna anser att det resultat som framkommit i denna litteraturstudie går att tillämpa kliniskt. Författarnas gemensamma åsikt utifrån de artiklar som granskats är att personer som lider av BDD bör avrådas från att genomgå kosmetiska ingrepp då det visats sig kunna

förvärra hälsan. Dock är litteraturstudiens omfattning inte såpass stor att dessa slutsatser definitivt kan dras. Snarare krävs mer forskning där studiernas deltagare tydligt kartläggs pre- och postoperativt. Ytterligare anses att kvalitativ forskning skulle vara av stor vikt, då patientens upplevelse och berättelse får ett betydligt större spelrum. Vidare skulle forskning ur ett omvårdnadsperspektiv kunna skapa ytterligare infallsvinklar sett till valt problemområde.

## 10. Referenser

Alavi, M., Kalafi, Y., Dehbozorgi, G.R., Javadpour, A. (2010). Body dysmorphic disorder and other psychiatric morbidity in aesthetic rhinoplasty candidates. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 64(6), 738-741. doi länk: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjps.2010.09.019>

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition , Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association

American Psychiatric Association. (2013) Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. Hämtad 2014-04-15, från <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>

Ananke. (2008). BDD eller inbillad fulhet. Hämtad 2014-04-03, från [http://www.ocdforbundet.se/pdf/60594\\_Kunskapsblad\\_BDD\\_2.pdf](http://www.ocdforbundet.se/pdf/60594_Kunskapsblad_BDD_2.pdf)

Art Clinic. (2014). *Priser på plastikkirurgi och övr. vård*. Hämtad 14-04-29. från: <http://www.artclinic.se/priser-plastikkirurgi>

Bjornsson, A.S., Didie, E.R., Phillips, K.A. (2010). Body Dysmorphic Disorder. *Dialogues Clin Neuroscience*, 12(2) ,221–232.

Booth Wayne C, Colomb Gregory G, Williams Joseph M. (2004). *Forskning och skrivande, konsten att skriva enkelt och effektivt*. Lund: Studentlitteratur

Bäsén, A. (2011). *Allt du behöver veta om skönhetsingrepp*. Stockholm: Norstedts.

Collins, B., Gonzalez, D., Guadilliere, D. K., Shrestha, P., Girod, S. (2014). Body Dysmorphic Disorder and Psychological Distress in Orthognatic Surgery Patients. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 72(4). doi: 10.1016/j.joms.2014.01.011

Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. Stockholm: Natur & kultur.

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

David, H., Gleaves, Ph. D., Suman Ambwani, M. A. (2008). Body Dysmorphic Disorder. Abramowitz, J., McKay, D., Tayler, S. (red.), *Clinical Handbook of Obsessive-Compulsive Disorder and Related Problems* (288-303). Baltimore: The John Hopkins University Press

Felix, G. A., de Brito, M. J., Nahas, F. X., Tavares, H., Cordás, T. A., Dini, G. M., Ferreira, L. M. (2014). Patients with mild to moderate body dysmorphic disorder may benefit from rhinoplasty. *Journal of Plastic*, 67(5), 646-654. doi: 10.1016/j.bjps.2014.01.002

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

Hayashi, K., Miyachi, H., Nakakita, N., Akimoto, M., Aoyagi, K., Miyaoka, H., Uchinuma, E. (2007). Importance of a Psychiatric Approach in Cosmetic Surgery. *Aesthetic Surgery Journal*, 27(4), 396-401. doi: 10.1016/j.asj.2007.05.010

Ipser, J. C., Sander, C., Stein, D. J. (2009). Pharmacotherapy and psychotherapy for body dysmorphic disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*. 21(1). doi: 10.1002/14651858.CD005332.pub2

Javanbakht. M., Nazari A., Javanbakht. A., Moghaddam. L. (2012). Body dysmorphic factors and mental health problems in people seeking rhinoplasty surgery. *Acta Otorhinolaryngol Italica*, 32(1), 37-40. doi länk: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3324957/>

Jeffers, A. J., Cotter, E. W., Snipes, E. J., & Benotsch, E. G. (2013). BMI and depressive symptoms: The role of media pressures. *Eating Behaviors*, 14(4), 468–471. doi länk: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.08.007>

Kisely, S., Morkell, D., Allbrook, B., Briggs, P., Jovanovic, J. (2001). Factors associated with dysmorphic concern and psychiatric morbidity in plastic surgery outpatients. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(1), 121-6. doi: 10.1046/j.1440-1614.2002.00981.x

Lai, C. S., Lee, S-S., Yeh, Y. C., Chen, C. S. (2010). Body dysmorphic disorder in patients with cosmetic surgery. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 26(9), 478-482. doi: 10.1016/S1607-551X(10)70075-9

Nationalencyklopedin. (2014). *Hälsa*. Hämtad 2014-04-15, från <http://www.ne.se/lang/h%C3%A4lsa>

Nationalencyklopedin. (2014). *Kroppsuppfattning*. Hämtad 2014-04-15, från [http://www.ne.se/lang/kroppsuppfattning/232422?i\\_h\\_word=dysmorfofobi](http://www.ne.se/lang/kroppsuppfattning/232422?i_h_word=dysmorfofobi)

Nordenfelt, L. (2001). *Health, Science, and Ordinary Language*. Amsterdam: Rodopi

Nordenfelt, L. (2004). *Livskvalitet och hälsa: Teori och kritik*. Linköping: Institutionen för hälsa och samhälle.

Ottosson, J. O. (2010). *Psyk*. Stockholm: Liber

Phillips, K.A., Grant, J., Siniscalchi, J., Albertini, R.S. (2001). Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 42(6), 504-510 doi länk: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.psy.42.6.504>

Picavet, P. V., Gabriels, L., Grietens, J., Jorissen, M., Prokopakis, E. P., Hellings, P. W. (2012). Preoperative Symptoms of Body Dysmorphic Disorder Determine Postoperative Satisfaction and Quality of Life in Aesthetic Rhinoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 131(4), 861-869. doi: 10.1097/PRS.0b013e3182818f02

Polit, D. & Beck, C. (2006). *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal and Utilization* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.

Rief, W., Buhlmann, U., Wilhelm, S., Borkenhagen, A., Brähler, E. (2006). The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychological Medicine*, 36, 877–885.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset. (2014). Remittering till Plastikkirurgiska kliniken. Göteborg: Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Segesten, K. (2012). Användbara texter. Friberg, F. (red.), *Dags för uppsats* (s. 47-56). Lund: Studentlitteratur AB

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2014-04-15, från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)

Stjernswärd, S. (2011). *Innehållsanalys*. Hämtad 2014-05-05, från file:///C:/Users/username/Downloads/Innehallsanalys.pdf

Svensk Sjuksköterske Förening. (2012). *ICN:s Etiska kod för Sjuksköterskor*. Hämtad 2014-04-14, från [http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/Sjukskoterskornas.etiska.kod\\_2014.pdf](http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/Sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf)

Tignol, J., Biraben-Gotzamanis, L., Martin-Guehl, C., Grabot, D., Aouizerate, B. (2007). Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery: Evolution of 24 subjects with a minimal defect in appearance 5 years after their request for cosmetic surgery. *European Psychiatry*, 22(8), 520-524. doi: 10.1016/j.eurpsy.2007.05.003

Veale, D. (2004a). Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body Image*, 1, 113-125. doi länk: [http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/S1740-1445\(03\)00009-3](http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/S1740-1445(03)00009-3)

Veale, D., (2004b). Body Dysmorphic Disorder. *Postgrad Med Journal*, 80, 67-71 doi:10.1136/bmj.2003.015289

Veale, D., Anson, M., Windheim, K. (2011). Mirror gazing in body dysmorphic disorder and healthy controls: Effects of duration of gazing. *Behaviour Research and Therapy*, 49(9), 555-564. doi länk: <http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.brat.2011.05.003>

Veale, D., Riley, S. (2001). Mirror, mirror on the wall, who is the ugliest of them all? The psychopathology of mirror gazing in body dysmorphic disorder. *Behavior Research and Therapy*. 39(12), 1381-1393. doi länk: [http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/S0005-7967\(00\)00102-9](http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/S0005-7967(00)00102-9)

WHO (World Health Organization). (1946). Official Records of the World Health Organization. No. 2. Hämtad 2014-04-15, från [http://whqlibdoc.who.int/hist/official\\_records/2e.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/2e.pdf)

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

Zuckerman, D., Abraham, A. (2008). Teenagers and Cosmetics Surgery: Focus on Breast Augmentation and Liposuction. *Journal of adults and health*. 43(4), 318-324. doi:10.1016/j.jadoihealth.2008.04.018

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. Friberg, F. (red.), *Dags för uppsats* (s. 57-79). Lund: Studentlitteratur AB

## Bilaga 1. Sökresultat.

Endast de sökningar som resulterade i använda referenser redovisas.

Databas – Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Använda referenser
Pubmed – 140418	body dysmorphic disorder cosmetic surgery satisfaction	5 år	22	Träff 1/22: Felix, et al (2014)  Träff 5/22: Picavet, et al. (2012)  Träff 21/22: Tignol, et al. (2007)
Pubmed - 140421	body dysmorphic disorder surgery comorbidity	5 år	8	Träff 1/8: Collins, et al. (2014)
Pubmed - 140421	body dysmorphic disorder surgery comorbidity	-	20	Träff 15/20: Kisely, et al. (2001)
Pubmed – 140421	body dysmorphic disorder cosmetic surgery evaluation	5 år	18	Träff 13/18: Lai, et al. (2010)
Pubmed – 140421	body dysmorphic disorder cosmetic surgery evaluation	-	24	Träff 20/24: Hayashi, et al. (2007)
Pubmed – 140421	body dysmorphic disorder cosmetic surgery morbidity	5 år	19	Träff 3/19: Alavi.et al. (2010)
Pubmed – 22/4	Body dysmorphic disorder mental health cosmetic surgery	5 år	8	Träff 5/8: Javanbakht, et al. (2012)
Scopus – 23/4 (manuell sökning)	Surgical and Nonpsychiatric Medical Treatment of Patients With Body Dysmorphic Disorder	-	4	Träff 3/4: Phillips, et al. (2001)

**BILAGA 2.** Kvalitetsbedömning

	Tydligt beskrivet syfte?	Tydligt beskriven patientkaraktäristika?	Presenteras kontexten?	Etiskt resonemang?	Relevant urval?	Tydligt beskriven metod?	Är resultatet logiskt?	Tydligt redovisat resultat?
Felix, et al. (2014)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Picavet, et al. (2012)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Tignol, et al. (2007)	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Collins, et al. (2014)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Kisely, et al. (2001)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Lai, et al. (2010)	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
Hayashi, et al. (2007)	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
Alavi. et al. (2010)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Javanbakht. et al. 2012)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Phillips et al. (2001)	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja



**Bilaga 3. Tabell 1, Artikelöversikt.**

Författare / Tidskrift / Publikationsår	Syfte	Metod	Resultat	Antal referenser	Kvalitetsbedömning
Felix, et al.  Journal of Plastic  2014	Att undersöka om personer med mild till måttlig BDD är lämpliga för kosmetisk näskirurgi. Samt bedöma svårighetsgraden av BDD och patienternas tillfredsställelse ett år efter operationen.	Prospektiv studie där alla patienter som sökte kosmetisk näskirurgi under ett år tillfrågades om att vara med i studien, utifrån exklusions-inklusionskriterier fanns det slutligen en grupp att studera. Uppföljning av gruppen efter ett år. Instrument för bedömning bestod av frågeformulär.	Patienter med BDD är vanligt förekommande inom kosmetisk plastikkirurgi. Stor andel patienter med mild-måttlig BDD upplevde tillbakagång av BDD ett år efter operationen, samt var nöjda med resultatet.	43	Hög
Picavet, et al.  Plastic and Reconstructive Surgery  2012	Att undersöka hur preoperativa symtom av BDD står i relation med postoperativ tillfredsställelse och livskvalitet.	Prospektiv studie med uppföljning efter ett år. Forskarna studerade en grupp (med små eller inga defekter) som genomgick kosmetisk näskirurgi samt en grupp som (inkomna p.g.a. generella öron-näsa-hals-problem) genomgick näskirurgi utan närmare estetiska krav. Bedömning utifrån frågeformulär.	Man finner koppling mellan psykiatrisk diagnos, som BDD, och att genomgå <u>flertal</u> kosmetiska operationer. Samband mellan BDD-symtomens svårighetsgrad och livskvalitet upptäcks, där ökade BDD-symtom leder till minskad livskvalitet.	32	Hög

**Bilaga 3. Tabell 2, Forts. Artikelöversikt.**

<b>Författare / Tidskrift / Publikationsår</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Resultat</b>	<b>Antal referenser</b>	<b>Kvalitetsbedömning</b>
Tignol, et al.  European Psychiatry  2007	Att utvärdera effekten av kosmetisk kirurgi hos personer, med eller utan BDD, med en mycket liten defekt i utseendet.	Utifrån forskarnas tidigare studie hade 30 personer med ingen eller en mycket liten defekt i utseendet identifierats. Dessa delades upp i två grupper; med BDD eller utan. Personerna genomgick operation och utvärderades efter fem år med hjälp av fråge- och självskattningsformulär.	Koppling återfinns mellan BDD och att genomgå flera kosmetiska operationer. De med BDD som genomgick operation var nöjda med operationsresultatet men upplevde fem år efter operation upptagenhet och missnöjdhet med ny kroppsdel. Vid uppföljning hade personerna med BDD fortsatt markant handikapp sett till vardaglig funktionsnivå.	31	Medel-Hög  (P.g.a. att författarna hänvisar till tidigare studie varifrån deltagare hämtats, metoddelen blir således något drabbad)
Collins, et al.  Journal of Oral and Maxillofacial Surgery  2014	Att undersöka förekomsten av BDD och dess samsjuklighet med ångest, depression och OCD, hos personer som genomgår kosmetisk käkkirurgi.	Prospektiv studie som inkluderat 99 patienter som sökt kosmetisk käkkirurgi, vilka fick fylla i fyra olika frågeformulär gällande ångest, depression, BDD och OCD, preoperativt.	BDD/ BDD-symtom är vanligt förekommande hos denna patientgrupp. Koppling mellan BDD och ångest/social funktion/depression/OCD tydliggörs.	38	Hög
Kisely, et al.  Australian & New Zealand Journal of Psychiatry  2001	Att jämföra de som sökte kosmetisk (ej medicinskt förklarad) och rekonstruerande (medicinska förklarad) plastikkirurgi, med en hypotes om att de som sökte kosmetisk kirurgi skulle ge högre poäng på frågeformuläret om BDD, och därmed högre poäng ang. psykisk ohälsa.	Jämförelse mellan två lika stora grupper med 42 personer i varje grupp, en grupp som sökte kosmetisk plastikkirurgi och en som sökte rekonstruerande plastikkirurgi. Båda grupperna fick svara på två olika frågeformulär gällande BDD och generell hälsa.	Man finner korrelation mellan BDD-symtom och psykisk ohälsa. Studiens resultat tyder på att det är fler kvinnor än män som söker kosmetisk kirurgi.	28	Medel  (P.g.a. att det är svårt att fullt ut förstå studiens resultat)

**Bilaga 3.** Tabell 3, Forts. Artikelöversikt.

<p>Lai, et al.</p> <p>Kaohsiung Journal of Medical Sciences</p> <p>2010</p>	<p>Att pre- och postoperativt undersöka hur många som hade BDD av de som sökte kosmetisk plastikkirurgi.</p>	<p>Retrospektiv, stor studie med 817 deltagare som screenades för BDD preoperativt, utifrån diagnostiska kriterier. Patienter som screenade positivt för BDD rekommenderades att ej genomföra kosmetisk kirurgi. Övriga personer genomgick kosmetisk kirurgi och screenades mot BDD postoperativt ytterligare en gång.</p>	<p>Tecken som personer med BDD preoperativt visade var ex. känsla av att omgivning uppmärksammar (väldigt mild) defekt vilket leder till genans, att personen klargjorde för läkaren hur operationen skulle kunna genomföras perfekt. Postoperativt diagnostiserades ytterligare nio personer med BDD, dessa personer var missnöjda med operationsresultatet, var arga, fick sömnsvårigheter, självmordstankar m.m. De försökte tvinga fram en ny operation.</p>	<p>23</p>	<p>Hög</p>
<p>Hayashi, et al.</p> <p>Aesthetic Surgery Journal</p> <p>2007</p>	<p>Ej tydligt beskrivet men det går att läsa sig till att de söker finna korrelation mellan psykisk ohälsa och kosmetisk plastikkirurgi.</p>	<p>Preoperativt screenades 140 patienter för psykisk ohälsa, de som screenade positivt fick genomföra ytterligare en intervju med en psykiatriker för diagnostisering.</p>	<p>Av 140 patienter screenades 60 stycken positivt för misstanke om psykisk sjukdom, vidare intervjuer ledde till att 45 stycken personer diagnostiserades med psykisk sjukdom. Man fann även koppling mellan BDD och depression, samt mellan psykiatrisk diagnos och <u>flera</u> kosmetiska operationer.</p>	<p>15</p>	<p>Medel</p> <p>(p.g.a. att syftet ej är tydligt formulerat och att inget etiskt resonemang förs i studien)</p>

**Bilaga 3.** Tabell 4, Forts. Artikelöversikt.

Författare / Tidskrift / Publikationsår	Syfte	Metod	Resultat	Antal referenser	Kvalitetsbedömning
Alavi. et al.  Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery  2010	Att undersöka förekomsten av BDD och andra möjliga faktorer bland personer som efterfrågar kosmetisk kirurgi.	En tvärsnittsstudie som inkluderade patienter som sökte kosmetisk näskirurgi för första gången. I ett första steg fick de 306 deltagarna fylla i ett frågeformulär gällande BDD, i ett andra steg intervjuades deltagarna av två, oberoende av varandra, psykiatriker, för att diagnostisera personer med BDD.	Störst andel som sökte kosmetisk kirurgi var kvinnor. 41 % av deltagarna mötte kriterierna för psykisk ohälsa såsom BDD, OCD, anorexia nervosa, socialt ångestsyndrom och generellt ångestsyndrom. 24, 5 % av de 306 deltagarna diagnostiserades slutligen med BDD.	21	Medel  (p.g.a. att resultatet kunde utvecklats betydligt, samt separerats utifrån metod)
Javanbakht. et al.  Acta Otorhinolaryngol Italica  2012	Att undersöka förekomst psykisk ohälsa hos personer som efterfrågar kosmetisk näskirurgi.	I denna fallstudie jämfördes en grupp som skulle genomgå kosmetisk näskirurgi med en matchad kontrollgrupp som ej skulle genomgå kirurgi. Båda grupperna fick fylla i frågeformulär relaterade till BDD och generell hälsa.	BDD/BDD-symtom är vanligt förekommande hos patienter som söker kosmetisk kirurgi. Det är flest kvinnor som genomgår kosmetisk kirurgi. Koppling återfanns mellan BDD och ångest, BDD och social funktion samt BDD och depression.	15	Hög
Phillips et al.  Psychosomatics  2001	Att bedöma hur ofta och vilken typ av psykiatrisk medicinsk och kirurgisk behandling som söktes och mottogs av 289 personer diagnostiserade med BDD.	Retrospektiv studie med 289 personer diagnostiserade med BDD. Man kontrollerade vilka psykiatriska behandlingar dessa personer genomgått, personerna fick även värdera effekten.	Koppling återfanns mellan BDD och flera kosmetiska operationer. De flesta personer med BDD får den behandling de efterfrågar. Många som genomgick kosmetisk operation upplevde ingen eller negativ effekt.	38	Hög